

## ANKIETA NASILENIA OBJAWÓW [Dla dziecka]

Pacjent

Klient/Opiekun

Provider

Imię i nazwisko

Imię i nazwisko

Imię i nazwisko

Pesel

Email

Email

Data urodzenia

Telefon

Telefon

Placówka

### Objawy obserwowane u dziecka

Czy dziecko nie potrafi dłużej utrzymać uwagi na zadaniu/poleceniu?

nigdy      rzadko      czasem      często      zawsze

                      

Czy dziecko ma trudności z rozumieniem mowy w hałasie?

nigdy      rzadko      czasem      często      zawsze

                      

Czy dziecko ma trudności ze zrozumieniem, gdy ktoś szybko mówi?

nigdy      rzadko      czasem      często      zawsze

                      

Czy dziecko ma trudności z nauką języka obcego?

nigdy      rzadko      czasem      często      zawsze

                      

Czy dziecko ma trudności z koncentracją uwagi (łatwo się rozprasza)?

nigdy      rzadko      czasem      często      zawsze

                      

Czy dziecko ma problemy z odczytaniem treści emocjonalnej zawartej w wypowiedzi?

nigdy      rzadko      czasem      często      zawsze

                      

Czy dziecko jest niezdarne ruchowo?

nigdy      rzadko      czasem      często      zawsze

Czy dziecko ma trudności z rozumieniem poleceń lub dłuższych wypowiedzi?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko odczuwa dyskomfort słysząc głośne dźwięki lub hałas?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko ma problemy z uczeniem się ze słuchu lub poprawnym pisaniem ze słuchu?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko ma trudności z rozpoznaniem skąd pochodzi dźwięk?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Inne uwagi

Podpis klienta/opiekuna

Podpis providera